Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*19.05.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): fast 5 Mio. Fälle weltweit, knapp 320.000 Todesfälle, Trend abfallend in USA, Russland, UK, steigend in den 7 anderen Top 10 Ländern ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ USA liegt mit weitem Vorsprung weiterhin an 1. Stelle, gefolgt von Brasilien, wo die Fallzahl steigt; möglicherweise erneuter Fallzahl-Anstieg wegen Lockerung der Maßnahmen, in fast der Hälfte der Staaten wird ein Fallzahlanstieg erwartet ▪ Brasilien: bis auf wenige Ausnahmen in zwei westlichen Regionen ist das ganze Land betroffen und die Inzidenz im Nordosten am höchsten ○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: Russland durch sinkenden Trend nun in dieser Kategorie, abnehmender Trend setzt sich fort, in anderen Ländern nichts berichtenswertes ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag: starker Fallzahl-Anstieg in Kasachstan, es befindet sich eine große WHO-Delegation vor Ort, die Region wird weiter beobachtet, insbesondere z.B. auch Armenien, aus Tadschikistan kam eine WHO-Anfrage ans RKI bezüglich EMT und mobile Labore zu unterstützen ○ Länder mit >100 Fällen und einem Reff>1: mehrere Länder mit hohen Reff aber niedrigen Fallzahlen, lediglich Brasilien mit einem Reff = 1,5 verzeichnet gleichzeitig auch hohe Fallzahlen • Situation in Schweden ○ Schlagzeile einer großen schwedischen Tageszeitung: „Giesecke soll bescheidener sein" folgt auf Giesecke's Behauptung, Schweden hätte es als einziges Land richtig gemacht. Anlass war der Wunsch von Schweden, aus touristischen Gründen erneut die Grenzen zu öffnen, worauf die Nachbarn skeptisch reagiert haben, die Diskussion läuft noch ○ COVID-19 in Schweden ▪ >30.000 Fälle, >3.600 Todesfälle, Fallsterblichkeit 12%, Inzidenz 296/100.000 Einw. ▪ Testungen 20-30.000/Woche, Kapazität (90.000/ Woche nicht ausgeschöpft, getestet werden alle Fälle mit schwerem Verlauf/Hospitalisierungen, HCW und Mitarbeitende in Pflegeheimen ▪ Positivanteil Tests 14%, WHO empfiehlt 12-13% ▪ KKH-Kapazitäten: 30% der Intensivbetten frei ▪ ILI-Sentinel: 238 Proben, 6% SARS-CoV-2 positiv ▪ Prävalenzstudie in Stockholm (n=707) mit Eigenbeprobung, Fragebogen → 2,5% PCR-positiv	ZIG1

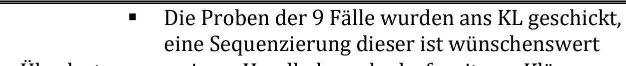
	▪ In fortlaufender Seroprävalenzstudie in Oslo wird eine Seropositivität von <1% verzeichnet ▪ Geografische Ausbreitung: Hotspots mit Inzidenzen >70/100.000 Einw. o Vergleich von SE mit NO, FI, DK: ▪ Im SE zeigt die Kurve eher ein Plateau und ggf. erneuten Anstieg, in den anderen sinkender Trend nach dem Peak ▪ Reff liegt knapp über 1, täglich relativ stabil 200-300 neue Fälle stabil ▪ In NO hat die Wiedereröffnung der Schulen nicht zu einer Fallzahlerhöhung geführt ▪ Testungen/Einw. liegen in SE niedriger als in den anderen Ländern (<20/1.000), in DK >50/1.000 ▪ Maßnahmenvergleich: sehr andere Handhabung, in SE Versammlungen mit bis zu 50 Personen erlaubt, Bildungseinrichtungen, Gastrobereich offen, Grenzen selektiv offen ▪ Ergebnisse: Inzidenz mehr als doppelt so hoch, Todesfall-Inzidenz 3-8 mal so hoch ▪ Wirtschaft wurde in SE etwas mehr geschont, dennoch hat BIP gelitten (4% Abfall) o Hauptproblem in SE ▪ Inzidenz pro Einw. extrem hoch bei >70-jährigen, 50% der Todesfälle aus Pflegeheimen ▪ Fast 1/3 der Fälle sind HCW ▪ Schwedischer Weg hätte funktionieren können (s. Korea, Singapur), jedoch unzureichender Schutz der höchstvulnerablen Bevölkerungsgruppe ▪ 2/3 aller Pflegeheime in Stockholm sind von Ausbrüchen betroffen ▪ [redacted] sagt, dass es in 1 Jahr überall so aussieht ▪ Fallsterblichkeit ist noch höher in anderen Ländern (z.B. Belgien, Frankreich, UK, Italien, Ungarn, NL), sollte aber eigentlich immer auf Bevölkerung (und nicht Fallzahl) bezogen werden o Begrenzte Maßnahmen in der breiteren Bevölkerung haben nicht zu einer Katastrophe geführt, daraus könnte man lernen o [redacted] eruiert, ob er das Testprotokoll für die Prävalenzstudie besorgen kann o Geringe Anzahl PCR- positiver Ergebnisse (2,5%) ist überraschend, 15% (Heinsberg) wirkt realistischer o Prävalenzstudie mit PCR misst keine durchgemachten und lediglich akuten Infektionen **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 175.210 (+513), davon 8.007 (4,6%) Todesfälle (+72), Inzidenz 211/100.000 Einw., ca. 155.700 Genesene	AL3/FG32 VPräs/alle

    - Beide Reff unter 1, vorerst weiterhin Darstellung beider R-Werte nebeneinander
    - Fallübermittlungen seit gestern: 2 BL mit Null Fällen, 7 BL mit 10 oder weniger, 7 BL mit <100 neuen Fällen, BY und NW > 100 neue Fälle
    - 7-Tages-Inzidenz pro LK/SK: mehr als die Hälfte aller LK sind in der niedrigsten Kategorie 0-5/100.000, zusätzliche Kategorie Null Fälle wäre sinnvoll
    - Altersverteilung: reflektiert Ausbrüche innerhalb der arbeitenden, jüngeren Bevölkerung
    - Todesfälle (Folie 24): 1-mal wöchentlich Vergleich der Wochen miteinander um epidemiologische Veränderungen zu verfolgen
        - Mittelwert des Alters nimmt ab
        - Geschlechtsverteilung verändert sich durch Ausbrüche in Schlachthöfen und Heimen für Asylsuchenden: mehr Männer, vorher durch Ausbrüche in Pflegeheimen mehr Frauen
        - Anteil Hospitalisierungen aufgrund der jüngeren Patienten rückläufig, ebenso Anteil verstorbener
        - Achtung: in 20. KW gemeldete können noch hospitalisiert werden bzw. versterben,
        - Generell starke Abhängigkeit von demografischen Faktoren
- DIVI Intensivkapazitäten: Rückgang der Zahl der behandelten, Kapazität bleibt weiter hoch
- Erwähnte Ausbruchsgeschehen (s. ab Folie 113)



    - [redacted]
        - Alle Passagiere (=Crew-Mitglieder) waren 14d auf dem Schiff ohne Abstandshaltung
        - 1 Anosmie-Fall, 35 mit akuten respiratorischen Symptomen
        - Bis 9 wurde jedoch keine weitere Person positiv, getestet
        - 2.300 Personen haben das Schiff verlassen und sind in ihre Heimatländer zurückgekehrt
        - Schwer zu erklären, dass es nicht mehr positive Fälle gab, mögliche Erklärungen z.B. unbemerkte frühere Serokonversion, Testprobleme oder „doch nicht zu viel Party an Bord“



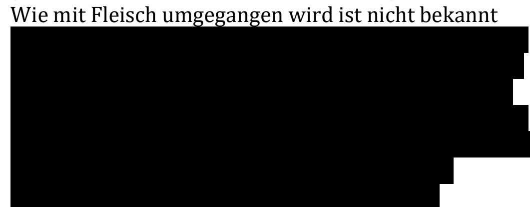


- Die Proben der 9 Fälle wurden ans KL geschickt, eine Sequenzierung dieser ist wünschenswert

- Überlastungsanzeigen: Handhabung bedarf weiterer Klärung
  - [redacted]



  - Es sind viele Anzeigen eingegangen
- Arbeitsschutz in Schlachthöfen: Stellungnahme der verantwortlichen Behörden?
  - [redacted]
  - BMAS-Papier mit Änderungen zum Arbeitsschutz in Schlachthöfen wurde in der Presse angekündigt und soll fertig sein, es wird geklärt, ob es das ist, das Mitte letzter Woche mit dem RKI geteilt wurde
  - Gestern gab es auf der BfR Homepage eine Aussage zu Fleisch in Wursttheken und in der Presse hat BfR sich geäußert, es bestünde hierbei keine Sorge
  - Wie mit Fleisch umgegangen wird ist nicht bekannt
  - [redacted]



  - Tröpfchen spielen in diesem Kontext eher nur eine untergeordnete Rolle, es sollte nicht zu viel Aufmerksamkeit darauf gelenkt werden
  - Coronaviren wurden ursprünglich beim Menschen durch gastrointestinale Symptome erkannt, die respiratorischen kamen erst später
  - Wenn das Thema vermehrt aufkommt, wäre eine systematische Prüfung sinnvoll (BfR Verantwortung), FG35 sollten ihre BfR Kontakte hierauf ansprechen — FG37

ToDo: FG35 sollen ihre BfR Kontakte hierzu befragen

Kommentiert [redacted]

	• IST-Papier: benötigte Kapazitäten gehen weiterhin zurück, Situation sehr undramatisch hinsichtlich der nächsten 7 Tage	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neue wissenschaftliche Erkenntnisse** **Hongkong Studie: Schutz durch MNS Stoff** • Studie aus Hongkong von Yuen Kwok-Yung die große Medien-aufmerksamkeit erhält (auch wegen der verwendeten Hamster) • Käfige mit Hamstern wurden mit Virus infiziert, andere Käfige wurden mit MNS Stoff abgedeckt und das Ganze mit Ventilatoren bespielt um zu gucken ob der Stoff vor Infektion schützt • Fazit: er schützt vor Transmission, bietet Fremd- und begrenzten Eigenschutz, aber nicht einzelne Hamster sondern Käfige wurden abgedeckt • Studie ist noch nicht publiziert/ als Paper verfügbar	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Anpassungsvorschläge wurden bereits im Krisenstab besprochen (z.B. 14.05.) und noch stets nicht umgesetzt • LZ soll Entwurf für nächste Krisenstabssitzung vorbereiten *ToDo: WICHTIG - LZ bereitet Entwurf bis zum Krisenstabstreffen am Freitag 22.05.2020 vor, muss vorliegen!!*	VPräs
6	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	[redacted]

	Presse • Nichts besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Teststrategie Bund** • AGI tagt heute unter Einbindung des BMG • AL1 ist bei AGI TK dabei, um Hinweise für Ärzte zur Testung (auch in RKI-KoNa und Ärztepapier) bzgl. breiterer Testung asymptomatischer Personen zu besprechen **Empfehlungen zu Treffen nach Lockerungen** • [redacted] • [redacted] • Es ist besser, das RKI macht einen Vorschlag bevor dieser von der Schaltung kommt • FG36 soll dies bis Ende dieser Woche erstellen: ○ Wie viele Personen und Einheiten (z.B. 1 Haushalt) können sich treffen, welche Gruppengröße ist akzeptabel ○ Unter welcher Abstandshaltung ○ Unterscheidung, ob dies drinnen oder draußen ist ○ Wie viele Quadratmeter pro Person in 1 Raum ○ Alle Personen sollen im Falle eines Ausbruches hinterher identifizierbar sein (sich kennen bzw. kontaktierbar sein) *ToDo: FG36 (mit AL3?) entwirft einen Vorschlag hierzu, soll bis spätestens Freitag fertig sein* **Reisebeschränkungen/Quarantäneempfehlung** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • NRW: dort steht seit dem 14.05. im Gesetzestext, dass das RKI ausweist, aus welchen Ländern Personen nach NW einreisen können, ZIG erhält bereits Anfragen hierzu. Dies ist den Kolleginnen und Kollegen im NW Gesundheitsministerium möglicherweise nicht bekannt, es kann gut sein, dass dies von anderen Ministerien kommt • Das RKI ist aus fachlichen Gründen gegen solch undifferenzierte Grenzwerte, die aus rein politischen Gründen benötigt werden	

	• RKI wird einen Wert liefern aber auf die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung drängen • Sinnvoll wäre es, den von der Politik vorgeschlagenen Wert der Inzidenz 50/100.000 Einw. zu gebrauchen, auch wenn dieser generell und vor allem bei großen Ländern keinen Sinn macht (müsste dort auf niedrigere Verwaltungsebenen heruntergebrochen werden) • ZIG1 entwirft eine Empfehlung mit scharfem Grenzwert der im gleichem Zuge relativiert wird (kein Grenzwert, Wert zum genaueren hingucken), • Ist eilig und sollte erst dem BMG vorgelegt werden *ToDo: ZIG1 [redacted] entwirft Vorschlag mit Kriterien zu Maßnahmen nach den Grenzöffnungen, Frist diesen Freitag 22.05.* **Reisewarnungen** [redacted]  • [redacted] • [redacted] • [redacted] **b) RKI-intern** **Frequenz – Reduktion - Krisenstabsitzung?** • Es müssen mittlerweile nicht mehr immer arbeitstäglich Strategieentscheidungen getroffen werden, dies bindet sehr viele Ressourcen • Ist die Sitzung wirklich 5-mal die Woche notwendig, oder kann die Frequenz reduziert werden? • Es wird versucht, sie zunächst nur noch 3-mal pro Woche zu halten • Freitag um 11:00 (statt 13:00) findet das nächste Treffen statt, morgen gibt es keine Krisenstabssitzung *ToDo: nur noch 3-mal die Woche Krisenstabssitzung, nächste Sitzung Fr*	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • Stabiler Probeneingang auf niedrigem Niveau, keine positiven Proben, insgesamt wenig respiratorische Erreger nur etwas RSV	FG17 AL1

	• RKI-Papier zu Testungen wurde aktualisiert und alle Informationen zu verschiedenen Tests und deren Leistungsfähigkeit wurden nun integriert, Papier auf der Webseite (Stand 18.05.)		
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Labormeldungen nach IfSG / GA-Anfrage - Labormeldepflicht indirekter Nachweis** • Hierzu gibt es stets Anfragen, eben auch wieder in EpiLag: wie soll mit indirektem Nachweis umgegangen werden? • Meldetatbestand ist durch das IfSG definiert, direkter und indirekter Nachweis meldepflichtig, Bewertung durch das Labor unter Berücksichtigung der Anamnese ist auch festgelegt • Aktuell werden im Meldesystem nur PCR-positive Fälle gezählt • Auch auf europäischem Niveau beruht aktuell alles auf PCR, RKI-Daten sollten (relativ) vergleichbar bleiben • Anfragen: wie mit indirekten Befunden umgehen, wann liegt Hinweis auf akute Infektion vor, welche Maßnahmen resultieren daraus? • Bisher wird lediglich PCR-Nachweis genutzt, bei indirektem Nachweis nur Maßnahmen wenn hochsymptomatische Fälle • Referenzdefinition heißt nicht, dass bei Serokonversion keine Maßnahmen ergriffen werden können • AG Diagnostik könnte aufschlüsseln, welche Konstellation von Antikörpern bei welchem Test berücksichtigt werden könnte • Über Maßnahmen muss nach Einzelfallprüfung der Amtsarzt im jeweiligen Setting entscheiden, RKI kann hier keine pauschalen Maßnahmen empfehlen, es bleibt eine Einzelfallentscheidung • Empfehlung ist immer PCR, aber ggf. kann Serokonversion vorliegen. Serokonversion ist ein guter Parameter, aber es sind mehrere Proben notwendig um eine gewisse Sicherheit zu haben (in wie weit ist Historie/Verlaufskontrolle realistisch), dies stellt GA möglicherweise vor Probleme, schwer umzusetzen • Antikörpernachweise als Beweis akuter Infektion: isoliert positiver IgM, IgA Nachweis sind nicht genügend, Serokonversion, IgM (bei positiven IgG in separaten Testen) und isoliertes IgG ja • Einschätzung von PCR positivem Befund sowie schon IgG Nachweis kann persistierendes Virus sein, wird ins Diagnostik-papier aufgenommen sobald Literatur bewertet wurde • Das neue Diagnostikpapier wird Klarheit bringen: es wird eine zeitliche Einschränkung definiert: bei nicht komplizierten Fällen wird von einer Infektiosität von 8-9d ausgegangen, wenn IgG Antwort kommt ist Infektiosität vorbei • AG Diagnostik betrachtet morgen die Literatur zur Fragestellung in welchem Verhältnis Laborbefund zur Infektiosität steht • Diagnostik Papier kommt am Freitag auf Krisenstabs Agenda		

	ToDo: LZ soll für Freitag 22.05. das Diagnostik Papier auf die Agenda der Krisenstabssitzung setzen • In den RKI-FAQ kann ein Satz hinzugefügt werden, dass im Einzelfall ein serologischer Nachweis Anlass für eine Umgebungsuntersuchung sein kann (wenn andere Voraussetzungen hierfür geklärt sind) *ToDo: [redacted] bereitet Ergänzung zu FAQ vor (Umgebungstestung nach serologischem Nachweis)*	
12	**Surveillance** • Karten 7T Inzidenz >50/>35 [redacted] nicht besprochen • IfSG Änderung verschoben auf Freitag	FG32/FG35
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	FG32
14	**Information aus dem Lagezentrum** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Anpassung LZ-Schichtzeiten und Aktivitäten** • Reduzierung der Aktivitäten und Arbeitszeiten im LZ erwünscht • Es wurden bereits gewisse Positionen angepasst und verändert • Vorschläge sind z.B.: ○ Ab Juni sonntags keine RKI-LZ-Besetzung mehr ○ Sa/So auf eine Schicht reduzieren ○ Sonntags kein Lagebericht, oder sonntags ein Bericht für beide Wochenendtage ○ Gar kein Lagebericht am Wochenende → Lagebericht wird stets mit großer Spannung erwartet, ob hierauf verzichtet werden kann ist unklar • Schrittweise Reduktion: zunächst eine Schicht am Wochenende • Konzept hierfür wird erstellt und besprochen (AL3, LZ-Leitung?) • [redacted] *ToDo: Konzept zur Reduzierung von Aktivitäten und Arbeitszeiten im LZ*	FG32/AL3

15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: **Freitag , 22.05.2020, 11:00 Uhr**[redacted]	